Aus der Universitäts-Frauenklinik in Breslau
Direktor: Prof. Dr. L. Fraenkel

Die Ergebnisse der letzten hundert Interruptionen

an der Breslauer Universitäts-Frauenklinik

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung
der Doktorwürde in der Medizin und Chirurgie
der
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau
vorgelegt von

Franz Hunczek
prakt. Arzt zu Wartha

Breslau 1928
Druck Anton Schreiber, Breslau

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Breslau.
Berichterstatter: Professor Dr. Fraenkel

.....

R. UNIV
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meiner lieben Frau Mia zugeeignet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548228_0054

Bei der Beurteilung der letzten hundert vorgenommenen Schwangerschaftsunterbrechungen sollen hier nur diejenigen Fälle in Betracht gezogen werden, bei denen es zur reinen Interruptio, nicht aber zur gleichzeitigen Sterilisation durch operativen Eingriff kam. Dafür bietet die Frauenklinik ein reiches Material, hauptsächlich in den Jahrgängen von 1914 bis in die jüngsten Tage hinein.

Die meisten Frauen, die zur Vornahme dieses Eingriffes Aufnahme in der Klinik fanden, wurden von Kollegen aus der Praxis überwiesen. In längerer Beobachtung waren ihnen die Grunderkrankungen bezüglich ihrer Prognose bekannt. Nur ganz wenige Frauen suchten von selbst die Klinik auf. Prinzipiell wurden alle Patientinnen erst der medizinischen Fachklinik zur exakten Indikationsstellung überwiesen. Hier wurde je nach der Schwere des Falles entweder sofort die Vornahme des Eingriffes angeraten, oder nach einer Beobachtungsdauer von etwa 4—14 Tagen die Vornahme des Eingriffes im vitalen Interesse der Patientin empfohlen oder abgelehnt.

Unter den hundert im Laufe dieser Zeit vorgenommenen Interruptionen nehmen die an Tuberkulose Erkrankten den Hauptteil ein, wie es auch die Statistiken anderer Kliniken berichten.

73 Fälle sind es insgesamt, die an hiesiger Klinik in diesem Zeitraum zur künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung zwangen, wobei bei den meisten Erkrankungen ein progredienter Prozeß des einen Oberlappens im Sinne einer katarrhalischen, einschmelzenden Erkrankung die Ursache bildet.

In 50 Fällen wurde diese Indikation schon in den ersten 2—3 Monaten gestellt und der Eingriff vorgenommen, weil erfahrungsgemäß die Schwangerschaft auf einen solchen Prozeß einen äußerst ungünstigen Einfluß ausübt. Handelt es sich um Erkrankungen im Sinne eines sogenannten Pri-

märaffektes im aktiven Stadium, so war neben der Ausdehnung des Oberlappenprozesses der Allgemeinzustand von grundlegender Bedeutung.

Die 12 offenen Tuberkulosen mit teils geringem, teils reichlichem Bazillenauswurf waren infolge der großen Ausdehnung des Lungenprozesses im strengeren Sinne vitale Indikationen zur Vornahme des Eingriffes. Hier wäre es heilsamer und humaner gewesen, die Sterilisation anzuschließen, wenn sie nicht von den Patientinnen in ihrem bejahenden Lebenswillen und der Hoffnung auf späteren Nachwuchs, oder von der Klinik, infolge des desolaten Zustandes der Patientinnen, abgelehnt worden wäre. Aus der Anamnese der Tuberkulosenfälle spricht im allgemeinen der Wunsch und Wille der Erkrankten nach dem Segen des Nachwuchses; nur so ist es verständlich, daß in 3 Fällen die Unterbrechung zweimal vorgenommen wurde. 4 mal läßt die Vorgeschichte die Krankheit als willkommenen Anlaß zur Interruptio vermuten.

Betrachtet man das soziale Milieu der Patientinnen, so entstammen etwa 50% den ärmsten Kreisen, wo unhygienische Wohnungsverhältnisse und schwere wirtschaftliche Not die Krankheit in der Familiengeschichte fortleben lassen. Hereditäre Belastung durch Vater oder Mutter fügt ihr Teil dazu. In 15 Fällen sind bereits eigene Kinder an der Seuche erkrankt, oder ihr bereits zum Opfer gefallen. Tragisch erscheint ganz besonders der eine Fall, wo der Vater als Infektionsquelle gelten muß. Dieser ist der Seuche erlegen und 3 Kinder der betreffenden Familie sind an Meningitis tuberculosa und Lungentuberkulose frühzeitig dahingegangen. Die Patientin selbst erzielte durch den vorgenommenen Eingriff einen wohltuenden Stillstand in den Symptomen der Erkrankung, was eine Gewichtszunahme von 10 Pfund bewies.

Muß den offenen Tuberkulösen und den mit Progredienzerscheinungen Erkrankten eine neue Konzeption nur dringend widerraten werden, ist es ja sogar unbedingt notwendig, sie der Heilstättenbehandlung zuzuführen, so soll auch denjenigen Frauen, deren Krankheit Abkapselungs- und Verkalkungstendenz zeigt, für längere Zeit von einer erneuten Schwangerschaft abgeraten werden. Es bleibt ärztliche Pflicht, in diesen Fällen durch konzeptionshindernde, unschädliche Mittel den Frauen entgegen zu kommen.

7 tuberkulöse Kehlkopfaffektionen sind gleichzeitig mit der Lungenerkrankung vergesellschaftet, wie auch nach heutiger Erfahrung eine isolierte Kehlkopftuberkulose nicht

denkbar ist, sondern vielmehr Symptomerkrankung eines deszendierenden Lungenprozesses darstellt.

In 3 Fällen hat sich ein Herzleiden hinzugesellt und zwar eine Mitralstenose, die nur in einem Falle kompensiert war.

Bezüglich der Indikationsstellung zur Interruptio bei Herzfehler muß vermerkt werden, daß die Medizinische Klinik sich hauptsächlich von folgenden Gesichtspunkten leiten ließ: eine Interruption bleibt lebensrettender Eingriff und muß vom ärztlichen Standpunkt aus angeraten werden, wenn höchste Dekompensationserscheinungen während der Gravidität in Erscheinung treten: Klappenstenosen bezw. Insuffizienzen mit muskulärer Dekompensation, die sich in Stauungserscheinungen in kleinem Kreislauf, Stauungsbronchitis und Atemnot zeigen. Doch wird von Seiten der Mediz. Klinik bei schwersten Störungssymptomen erst eine kürzere Digitaliskur empfohlen. Bemerkt sei in diesem Zusammenhange, daß bei Herzerkrankungen in der Schwangerschaft eine unter steter Kontrolle durchgeführte Digitaliskur die Kranke bis zur Beendigung eines Normalpartus gut hindurchbringt; andernfalls eine Interruptio per hysterotomiam anteriorem bei Lokalanaesthesie die geringste Belastung für das Herz bedeutet.

Von den übrigen Fällen war einer mit einer fieberhaften Cystopyelitis kombiniert und einer mit einer schwersten Hyperemesis gravidarum.

Ein Fall einer ausgedehnten Tuberkulose des Beckens machte infolge Gefahr einer erneuten Aussaat von Tuberkeln und bestehender Kachexie den Eingriff notwendig.

20 Fälle hatten mäßige Temperatursteigerungen, des Abends bis 37,8°, während 5 Fälle schwere Abendtemperaturenzacken zwischen 38° und 39° zeigten.

Den zweiten Platz in der Indikationsstellung nehmen die Herzerkrankungen mit 11 Fällen ein, wobei die reinen Mitralstenosen 4 mal die Ursache waren, die Mitralstenosen und Mitralinsuffizienz 2 mal und die Aorten und Mitralinsuffizienz 3 mal beteiligt sind. Einmal war mit der Mitralstenose eine Hyperemesis mäßigen Grades verbunden, und einmal eine Nephritis mäßigen Grades. Eine Herzmuskelerkrankung bot ebenfalls Veranlassung zur Vornahme der Unterbrechung.

Unter den anderen 19 Fällen, die zur Unterbrechung der bestehenden Schwangerschaft führten, seien noch genannt:

5 Fälle von teils chronischer, teils akuter Nephritis,

die in einem Falle nephrotischen Einschlag zeigten, in einem anderen Falle mit einer Tabes dorsalis und einem Herzfehler kombiniert waren.

2 Fälle von unstillbarem Schwangerschaftserbrechen, die auf interne Behandlung durchaus nicht reagierten; in dem einen Fall war die Patientin in 24 Tagen von einem Gewicht von 63 kg auf 54 kg heruntergekommen.

Einmal bedingte eine Eklampsie im 4. Monat der Schwangerschaft die Interruptio. Bleibt bei der Eklampsie im allgemeinen schnellste Interruptio zwingende Notwendigkeit, so kann man bei mäßiger Nephritis unter strenger Diät und Kontrolle des Urins ein gewisses Abwarten innehalten, und schreitet erst bei Steigerung der Erscheinungen zum rettenden Eingriff.

3 Fälle von Status epilepticus, wobei eine kongenitale Lues in dem einen Fall sicher die Ursache bildete.

Je einmal mußte bei einer multiplen Sklerose, einer Encephalitis lethargica, einem Icterus gravidarum, bei einer vollständigen rechtsseitigen Lähmung nach Grippeinfektion, verbunden mit höchster Hilflosigkeit der Frau, zur Interruptio geschritten werden.

Einmal war ein manisch-depressives Irresein die Ursache.

2 Fälle von Chorea gravidarum, die die Vornahme des operativen Eingriffes als notwendig erwiesen.

Endlich sei als interessantes Faktum ein Fall von wiedereingetretener Schwangerschaft nach operativ vollständig beseitigtem Descensus uteri et vaginae durch Interpositio uteri nach Schauta-Wertheim erwähnt, der zur Vornahme dieses Eingriffes zwang. Die Ligatur der Tuben hatte sich als unvollständige Sterilisationsmaßnahme erwiesen. Verständlich bleibt es, daß in diesem Falle die Technik des Eingriffes sich besonders schwierig gestaltete, dieser aber doch glücklich zum Erfolg geführt werden konnte.

Ueber die Technik des Verfahrens sei bemerkt, daß an der hiesigen Klinik der aktive Eingriff oder die operative Technik vorherrschend sind.

76 mal wurde durch einen solchen — die Hysterotomia anterior — die bestehende Schwangerschaft beseitigt. Hierbei wurde in 5 Fällen vorher, in gleicher Sitzung, erst eine Dilatation mit dem Hegar'schen Dilatator oder Schnabelsperre versucht, und, nachdem es sich als unmöglich erwiesen hatte, das Orificium, besonders das innere, auf über Stärke 10 zu dehnen, sofort der operative Eingriff im

Sinne der Hysterotomie angeschlossen, wobei einmal sogar noch eine Hysterotomia posterior hinzugefügt wurde.

Unter den auf diese Art mit einer Interruptio abgeschlossenen Fällen befanden sich 3, bei denen vorher nach Wintz mit Röntgenstrahlen zur Einleitung der Frühgeburt vergeblich vorbehandelt wurde. Bei der einen Patientin war auch eine Röntgensterilisation nach Wintz erfolglos geblieben.

Ueber die bei der Hysterotomia anterior gehandhabte Technik sei folgendes gesagt:

Scheide und Scheidengewölbe werden im Spekulum entfaltet, sodaß die Zervix mit Orificium und Uebergangsfalte dem Auge gut sichtbar sind. Die vordere Muttermundslippe wird lateral mit je einer Hakenzange gefaßt und median fortschreitend unter Anklemmen mit Museux bis zur Uebergangsfalte gespalten. Diese wird quer und die Zervix unter Abschieben der Blase bis zum inneren Muttermund längs gespalten. Hierbei wird auch vorsichtig die vordere Peritonealfalte hinauf geschoben. Ist der innere Muttermund für einen Finger durchgängig geworden, so wird nach Möglichkeit digital Frucht und Plazenta in toto ausgeräumt, was in den ersten 4 Monaten im allgemeinen gelingt. In den späteren Monaten einer Schwangerschaft wird nach Möglichkeit der Föt auf den Fuß gewendet, extrahiert und der nachfolgende Kopf, wenn die Schnittöffnung für ihn undurchgängig ist, mit der Smellie-Schere perforiert. Die Nachgeburt wird hierdurch teils digital gelöst, teils durch leichtere Expression nach Credé geboren. Anschließend wird mit stumpfer Schlinge oder großer Kurette nachkurettiert, wobei gleichzeitig 2 ccm Secacornin subkutan oder intramuskulär verabfolgt werden. Wird die Plazenta nicht in toto, sondern zerfetzt ausgestoßen, dann wird eine Alkoholspülung angeschlossen. Ein schmaler Jodoformstreifen wird als Tamponade in den Uterus gelegt und zum Muttermund hinausgeführt. Dieser wird am anderen Tage entfernt. Die cervikale und Scheidenschnittwunde wird durch versenkte Nähte und oberflächliche Knopfnähte geschlossen und die getrennte Uebergangsfalte durch Nähte angeheftet.

Modifikationen in der Ausräumung haben auch in einzelnen Fällen stattgefunden, in denen mit Abortlöffel und Eizange eingegangen und die Frucht stückweise geboren wurde.

Im allgemeinen hat diese Methode zum Ziele geführt

mit Ausnahme von denjenigen Fällen, die hier angeführt werden:

In dem ersten Falle war erst Dilatation mit Hegar bis Stärke 11 langsam gelungen, als nach vorsichtiger Anwendung von Schnabelsperrer und Bossi die Erweiterung auf Stärke 12 sich als unmöglich erwies, wurde die Hysterotomie angeschlossen, wobei auch die hintere Zervikalwand durchgeschnitten wurde, ohne daß jedoch eine wesentliche Erweiterung geschaffen worden wäre. Hierbei wurde die kleine Abortzange eingeführt, doch gelang es nicht, die Eiblase zu sprengen, sondern nur spärliche Deziduamassen wurden herausgebracht. Es wurde jetzt mit der großen Kurette geschabt, wobei man auch, da kein Föt geboren wurde, eine Gravidität wesentlich jüngeren Datums annahm. Nach Naht des Zervixschnittes und Reposition des retroflektierten Uterus erwies sich die Gebärmutter als wesentlich kleiner, sodaß man diese für leer hielt. Das Unterlassen der digitalen Austastung hatte sich hier aber als technischer Kunstfehler erwiesen, denn nach 5 Tagen wurde dann der Föt unter starker Blutung ausgestoßen. Nach weiteren 5 Tagen war auch dieser Fall günstig abgelaufen.

Eine zweite Komplikation, die bei einer geringen Dilatation der Zervix sich ereignete, war eine Perforation der Uteruswand, wobei ein netzähnliches Gebilde herausgezogen wurde. Auf Grund dieser Sachlage wurde sofort zur Uterusexstirpation per laparotomiam geschritten. Auch dieser Fall ist gut abgelaufen.

Ueber die Technik anderer geübten Methoden sei bemerkt, daß die Dilatation mit tags darauf folgender Ausräumung mit 19 Fällen im Vordergrund steht, während die Metreuryse in 4 Fällen geübt wurde und eine Sektio caesarea per laparotomiam im 6. Monat ohne Sterilisation ausgeführt wurden.

Bei der an der Klinik geübten Methode der Dilatation wurde folgendermaßen vorgegangen: Nach Desinfektion der Scheide wird der Zervixkanal mit Hegar-Dilatatoren in Chloräthylrausch auf mindestens 10—12 gedehnt, wonach wenigstens 2 Laminariastifte in Stärke 4—6 eingelegt werden. Diese bleiben bis zum nächsten Tage und schaffen so die genügende Erweiterung.

In den Schwangerschaftsfällen der ersten 2 Monate wurde digital eingegangen und die Frucht in toto gelöst und ausgeräumt. Mit großer Curette wurde dann nachgeschabt und eine Alkoholspülung angeschlossen.

In 5 Fällen wurde bei der Dilatation aktiver vorgegangen, wobei die Dilatation durch Hegarstifte auf 11, die weitere Dilatation auf 15 durch Schnabelsperrer und Bossi in gleicher Sitzung mit folgender Ausräumung ausgeführt wurde.

Die 4 durch Metreuryse behandelten Fälle waren Schwangerschaften im 5. bis 6. Monat, wobei der Gummimetreurynter oder ein Hammelbläschen nach Baumm intrauterin eingeführt wurde und alles der spontanen Entwicklung überlassen wurde. In 18—30 Stunden hatten auch diese Fälle zum erwünschten Erfolg geführt.

Ueber die hier geübten Anaesthesierungsmethoden sei vermerkt, daß die Lokalanästhesie, d. h. die lokale Umspritzung im parametralen Gewebe mit 57 Fällen den Hauptteil einnimmt. Hierbei waren die Erfolge im allgemeinen befriedigend. Nur 2 mal mußte — in dem einen Falle von ungenügender Anaesthesie — eine Aethernarkose gemacht werden, in dem anderen Falle — infolge psychischer Erregung der Patientin — ein Chloräthylrausch angeschlossen werden.

An zweiter Stelle folgt die zentrale Leitungsanästhesie mit 25 Anteilen, wobei die reine Lumbalanästhesie in 17 Fällen, die Sakralanaesthesie in 8 Fällen geübt wurden.

Zwei mal mußte der Lumbalanaesthesie eine Aether- oder Chloroformnarkose angegliedert werden.

Die anderen geübten Anaesthesierungsmethoden waren Aethernarkosen in 5 Fällen, die reine Chloroformnarkose in 5 Fällen, die Chloroformnarcylenmischnarkose in 1 Falle und ebenso der Chloräthylrausch in einem Falle.

Ueber weitere Fälle ließ sich aus der Krankengeschichte nichts eruieren.

Die Erfolge der geübten Operationsmethoden sind im allgemeinen als günstig zu bezeichnen, obwohl Komplikationen nicht ferngeblieben sind. Leichte Temperatursteigerungen mit vereinzelten Zacken am dritten Tage bis 38° sind in 20 Fällen vorgekommen, wobei 17 auf die Hysterotomia, 3 auf die Dilatation entfallen.

3 Fälle zeigten am 3. bis 5. Tage Temperatursteigerungen bis 39°, die zu lokalen Adnexergüssen führten, aber unter entsprechender Behandlung zu günstigem Ziele führten.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer vom Tage des geübten Eingriffes bis zur Entlassung beträgt bei der Hysterotomie 8 bis 10 Tage, bei der Dilatation 8 Tage.

Nur 5 Fälle haben infolge komplizierender Erscheinungen ungefähr 2 bis 4 Wochen in der Klinik bleiben müssen wegen Exsudatbildung, die unter sachgemäßer Behandlung gute Rückbildung zeigten.

Sind die Ergebnisse aller hier geübten Methoden im allgemeinen als günstig zu bezeichnen, so bleibt doch bedauerliche Pflicht von 3 letalen Ausgängen zu berichten. Die Indikationsstellung zur Interruptio, die mit diesem Ausgang abschloß, war:

Eklampsie im 4. Monat,
Nephritis chronica und
schweres Vitium cordis mit Hyperemesis gravidarum und psychischer Erregung.

Alle diese Fälle sind bzw. sollten durch Hysterotomia zur Unterbrechung gebracht werden. In dem einen Falle des Herzklappenfehlers trat der Exitus bereits kurz nach Eröffnung des inneren Muttermundes ein. Bei der Eklampsie kam es — sicherlich wohl als Folge der bestehenden toxischen Erscheinungen — nach 18 Stunden zum Exitus.

Der 3. Fall — es handelte sich um eine Nephritis chronica bei einer Erstschwangeren im 5. Monat — zeigt seit 3 Wochen zunehmende Verschlechterung des Sehens (Retinitis albuminurica) und stärkere Atemnot (Verbreiterung des linken Ventrikels-Blutdruck 233/255 Riva-Rocci). Nach der legeartis vorgenommenen Hysterotomia anterior wurde der vorliegende Kopf mit langer Klemme zu perforieren versucht, was nicht gelang. Darauf wurde mit Winter'scher Abortzange eingegangen, erst Nabelschnur und darauf ein Fuß des Foet ergriffen und extrahiert. Der nachfolgende Kopf wurde mit stumpfer Klemme nochmals perforiert, wobei Gehirnmassen reichlich abflossen. Die Plazenta folgte sehr leicht und schnell. 4 Tage nach erfolgter Operation trat Fieber ein, für das eine auftretende Mastitis als Ursache angesehen wurde. Am 7. Tage ging ein hühnereigroßer Cotyledo ab, bei Anhalten der Temperatur von 38,5° bis 39,8° fanden sich Leukozyten im Urin und 4‰ Eiweiß (nach Esbach). Nach 30tägigem anhaltenden Fieber trat der Exitus ein, wofür eine ausgedehnte eitrige Peritonitis als Ursache festgestellt wurde.

Zwischenfälle bei der Dilatation.

Eine Patientin mit einer Mitralstenose an der Grenze der Dekompensation bekommt während der Dilatation des äußeren Muttermundes einen derartigen Kollaps, daß von jedem weiteren Eingriff abgesehen werden mußte. Akut

einsetzendes schweres Lungenoedem bringen schwere Atemnot. Im Laufe des Vormittags werden 11 Spritzen oleum camph., 2 Spritzen Coffein, 1 mal Digifolin, 2 mal Stroph., 1 mal Morphium verabfolgt. Unter ständiger Sauerstoffeinatmung erholt sich die Patientin. Bei größter Ruhe und Schonung wird täglich eine Spritze Pituglandol und eine heiße Lysolscheidenspülung gegeben. Bei mäßiger Wehentätigkeit zeigen sich leichte Blutabgänge. Da am 4. Tage der Muttermund sich für einen Finger durchgängig erweist, wird die digitale Ausräumung angeschlossen, die mühelos und ohne Komplikationen gelingt.

Fallen die letalen Ausgänge anscheinend nur der Hysterotomia anterior zur Last, während die wenigen geübten Dilatationen erfolgreich abschließen, so muß bei kritischer Betrachtung der Fall der Eklampsie und des schweren Herzfehlers ausgeschlossen werden, weil sie in der Erkrankung selbst begründet sind. In dem 3. Falle mit letalem Ausgange ist ätiologisch die aufgetretene Peritonitis anzuschuldigen, deren Grund in der unvollständigen Ausräumung liegen wird. Digitale Nachtastung hätte sicherlich vor diesem Ausgange bewahren können.

Zusammengefaßt sei bemerkt, daß an hiesiger Klinik, wie auch an anderen Anstalten, die Tuberkulose in ihrer mannigfachen Form mit 73 Fällen die Hauptindikationsstellung einnimmt.

Mit nur 11 Fällen folgen die Herzerkrankungen.
5 Fälle von teils chronischer, teils akuter Nephritis,
2 Fälle von unstillbarem Schwangerschaftserbrechen,
1 Eklampsie im 4. Monat,
3 Fälle von Status epilepticus,
2 Fälle von Chorea gravidarum,
je 1 Fall von multipler Sklerose, Encephalitis lethargica, Icterus gravidarum, schwerer seelischer Lähmung nach Grippe-Infektion, die zur bedauernswerten Hilflosigkeit der Frau führte, erforderten die Vornahme der Interruptio.

Endlich machte noch eine wieder eingetretene Gravidität nach vorheriger Schauta-Wertheim'schen Operation den Eingriff notwendig.

Das aktive Vorgehen herrscht an hiesiger Klinik vor.

Die Hysterotomia anterior wurde 76 mal angewendet, während die Dilatation in 19 Fällen und einmal die Sectio caesarea per laparotomiam ohne Sterilisation vorgenommen wurden.

Bei den 4 durch Metreuryse behandelten Fällen wurde

je 2 mal der Gummimetreurynter oder ein Hammelbläschen nach Baumm zur Anwendung gebracht.

Ueber die geübten Anaesthesierungsmethoden sei gesagt, daß die Lokalanaesthesie, d. h. die lokale Umspritzung im parametralen Gewebe mit 57 Fällen im Vodergrunde steht.

Mit 25 Anteilen folgt die zentrale Leitungsanaesthesie — 10 mal Lumbal — 8 mal die Sacralanaesthesie.

Ferner wurden vorgenommen:

5 Aethernarkosen,
5 Chloroformnarkosen,
1 Chloroformnarcylenmischnarkose,
1 Chloräthylrausch.

Die Erfolge der geübten Methoden sind durchaus als günstig und befriedigend anzusehen. Komplikationen, die nach vorgenommenem Eingriff auftraten, sind meistens der Grunderkrankung selbst zur Last zu legen.

Insbesondere sind die beiden ersten letalen Ausgänge durchaus der Grunderkrankung zur Last zu legen. Nur der dritte Todesausgang könnte Anlaß geben, die Methode zu belasten; doch kann auch er nur als Folge mangelhafter Technik — insbesondere wegen Unterlassens digitaler Nachtastung — betrachtet werden. Die letzten 5 Jahrgänge berichten von keinem letalen Ausgange mehr, da die Indikationsstellung wesentlich strenger gefaßt wurde: in 2 Fällen von desolater Prognose wurde die Vornahme eines Eingriffes abgelehnt, ein Verhalten, dem der weitere Krankheitsverlauf auch Recht gab, denn nach 2 bzw. 4 Tagen kam es zum spontanen Exitus letalis.

An der Forderung unbedingter Indikationsstellung muß festgehalten werden. Die Vornahme einer künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung kann nach den hiesigen Ergebnissen nur als Heilmaßnahme empfohlen werden, wenn die Gewißheit gegeben erscheint, einen fortschreitenden Krankheitsprozeß zum Stillstand zu bringen bzw. zur Besserung zu führen, wie wir es bei den an Tuberkulose-, Herz- und Nierenleiden Erkrankten hoffen, oder wenn eine rasche Aenderung des Krankheitszustandes zu erwarten steht, wie es bei den Schwangerschaftspsychosen der Fall ist. Verhältnisse anstreben zu wollen, wie sie in Rußland sanktioniert sind, wo die künstliche Fruchttötung in das Ermessen der Schwangeren gestellt ist, würde einen großen Volksschaden in moralischer und ethischer Hinsicht bedeuten. Auch Fälle von folgender Sterilität, von denen Ka-

kuschkin und von habituellem Spontanabort, von denen Kallinikoff bereits berichtet, dürften dann noch häufiger zur Beobachtung kommen.

Zur Frage des geeigneten Ortes zur Vornahme dieses wichtigen Eingriffes muß mit Prof. Fraenkel und mit der Anschauung vieler anderer Autoren die strikte Forderung erhoben werden, alle Eingriffe bei pathologisch verlaufender Schwangerschaft und insbesondere die Interruptio auch in früheren Monaten der Gravidität (Abortus arte provocatus Embryothrypsia, wie Kallinikoff ausführt) nur unter den sicheren Kautelen strenger Asepsis der Klinik oder eines gut geleiteten Krankenhauses vorzunehmen. Bei jeder etwaigen Komplikation, die während des operativen Eingriffes — insbesondere der Dilatation der Zervix — auftreten kann, stehen dann in der Anstalt alle Rettungsmittel zur Verfügung.

Die Methode Kallinikoff's der Embryothrypsie bei wenig eröffnetem Halskanal kann als Allgemeingut des Praktikers nur abgelehnt werden, da die Gefahr der Komplikationen hierbei doch zu groß ist. Bei der rüden Dehnung des Collumkanals bleibt besonders die Gefahr von Rißblutungen, wie sie nach der Dehnung über Hegar-Stärke 14, dem Phänomen der sogenannten leichten Dehnung, auftreten kann; Zervixperforationen würden sicherlich auch nicht ausbleiben. Das alleinige intsrumentelle Arbeiten in der Gebärmutterhöhle, das sogenannte Arbeiten und Tasten im Dunklen, müßte in der Hand des Ungeübten den Prozentsatz der Perforationen wesentlich erhöhen.

Auch die Methode des Blasenstiches, wie sie von Prof. Asch hervorragend propagiert wird, kann mit Rücksicht auf die Verhältnisse des flachen Landes nicht befürwortet werden. Hier wird bei der wenig ausgeprägten persönlichen Körperhygiene der Frau und der nicht immer eingehaltenen sexuellen Abstinenz die Gefahr einer aszendierenden Infektion groß sein und die alltägliche mehr oder minder schwere Arbeit, welche die Schwangere dann meist noch immer fortsetzen wird, dürfte auf den Fortgang der Fehlgeburt sicherlich ungünstig einwirken.

Unter diesen Gesichtspunkten betrachtet, bietet die an hiesiger Universitäts-Frauenklinik hauptsächlich geübte Methode der Hysterotomia anterior in Verbindung mit exakt ausgeführter Lokalanaesthesie die große Möglichkeit, einen Abortus arte provocatus bei gegebener Indikation rasch und schonend auszuführen.

Literatur.

Bericht der Gynäkologischen Gesellschaft zu Breslau vom 20. März 1928. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, Band 70, Heft 4/5.

Bumm: Grundriß der Geburtshilfe.

Doederlein: Handbuch der Geburtshilfe.

Fraenkel, L.: Wieweit ist heute noch außerklinische Geburtshilfe bei lebensfähigem Kinde oder bei Fehlgeburt erlaubt? Deutsche Med. Wochenschrift 1928, Nr. 39 und 40.

Goldschmidt: Erfahrungen über die Schwangerschaftsunterbrechung. Deutsche Med. Wochenschr. 54. Jg. Nr. 34.

Halban-Seitz: Biologie und Pathologie des Weibes.

Kakuschkin: Zbl. f. Gyn. 1926, S. 1961.

Kallinikoff: 1000 künstliche Schwangerschaftsunterbrechungen (Abortus arte provocatus Embryothrypsia). Monatsschrift für Geb. u. Gyn. Bd. 80, Heft 2/3.

Stoeckel: Lehrbuch der Geburtshilfe.

Zangemeister: Lehrbuch der Geburtshilfe.

Lebenslauf.

Ich, Franz Hunczek, bin am 22. Dezember 1895 zu Leobschütz geboren; nach 4jährigem Besuch der Knaben-Volksschule zu Biskupitz besuchte ich das Progymnasium zu Ruda in den unteren 4 Klassen, worauf ich Ostern 1911 auf das Staatliche Gymnasium zu Gleiwitz übertrat. Am 8. August 1914 meldete ich mich in meinem 19. Lebensjahre freiwillig zum Kriegsdienste. Nach kurzer Ausbildung nahm ich an den Befreiungskämpfen in Ostpreußen und Polen teil, wo ich am 29. Juli 1915 schwer verwundet wurde. Während meiner Genesungszeit legte ich auf der städtischen Leibnizschule zu Hannover im August 1916 meine Reifeprüfung ab. Bald nachher rückte ich an die Westfront aus und nahm am Frontkriege als Leutnant der Reserve bis zum 24. August 1918 teil. Mit diesem Tage geriet ich in englische Gefangenschaft, aus der ich erst Ende Oktober 1919 krank zurückkehrte. Im Sommersemester 1920 begann ich mein Studium und zwar verbrachte ich das 1. Semester in Breslau, das 2. in Königsberg, das 3. und 4. in Breslau, wo ich meine Vorprüfung ablegte. Die folgenden je 2 Semester studierte ich in München und Breslau, wo ich am 19. Januar 1924 mein Staatsexamen mit der Note „sehr gut“ ablegte.

Nach praktischer Ausbildung an den Breslauer Kliniken und dem städtischen Krankenhause zu Hindenburg, habe ich in Reichenstein und Wartha $2^3/_4$ Jahre in einer Praxis vertreten und mich am 1. Oktober 1927 in Wartha niedergelassen.